

TABLEAU CLINIQUE

N° 2

DES

FAUSSES TUMEURS DE L'ABDOMEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Novembre 1899

PAR

Eugène MONIER

Né à Aix (Bouches-du-Rhône), le 7 janvier 1876

ANCIEN INTERNE A L'HÔPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (✱) ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. GRASSET (✱), <i>président.</i>	MM. RAUZIER, <i>agrégé.</i>
TEDENAT, <i>professeur.</i>	BROUSSE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la Mémoire de ma Mère

A mon Père

A ma Fiancée

A mes Parents

A mes Amis

E. MONIER.

A mes Maîtres de l'École d'Alger et de l'Hôpital
de Mustapha

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Montpellier

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le professeur GRASSET

E. MONIER.

INTRODUCTION

Notre travail sur les fausses tumeurs de l'abdomen n'a pas le mérite de la nouveauté. La question avait été entrevue par les plus anciens cliniciens ; nettement indiquée au début de ce siècle, elle s'est enrichie, dans ces dernières années, d'une série de communications très importantes au cours des cliniques magistrales, dans les publications périodiques et dans plusieurs thèses de Paris.

Il nous a semblé, cependant, qu'on n'avait pas tiré de ces études les données si utiles et si intéressantes qu'elles peuvent fournir à la clinique. Nombre de ces écrits n'envisagent qu'un côté de la question ; dans les autres, on ne trouve qu'un exposé de faits d'ailleurs très dignes d'attention. Nulle part, on ne relève de tableau méthodique du sujet, au point où l'ont porté les communications récentes.

Sous l'inspiration de M. le docteur Brault, professeur à l'Ecole d'Alger, nous nous proposons d'examiner tous les travaux précédemment parus sur les fausses tumeurs de l'abdomen, en y joignant quelques faits nouveaux ; nous nous efforcerons ensuite de coordonner tous ces éléments en un tableau clinique.

Nos remerciements s'adressent tout d'abord à M. le professeur Brault, à l'inspiration, aux conseils, à l'expérience duquel nous sommes redevables de notre travail tout entier.

Mais qu'il nous soit ensuite permis de saisir celle occasion de témoigner publiquement notre reconnaissance à ceux qui ont guidé notre éducation médicale.

Nous avons eu l'honneur d'être attaché au service de M. le professeur Moreau, à l'hôpital de Mustapha, successivement comme stagiaire, externe, puis interne.

Une sympathie aussi vive que respectueuse nous attirait d'abord vers ce Maître de notre Ecole ; un attachement chaque jour plus profond nous retint près de lui. Nous conservons parmi les plus chers, le souvenir de sa parole si doucement persuasive, de son enseignement si large et si familier à la fois, et des sentiments si véritablement humains qui le font aimer de tous. Nous ne prétendons pas nous acquitter ici de notre reconnaissance envers lui ; nous tenons seulement à l'affirmer aussi profonde que la bonté de notre Maître.

MM. Battarel et Caussidou, nos chefs de service à l'hôpital de Mustapha, nous ont permis, au cours de leurs causeries amicales, de puiser largement à leur précieuse expérience. Qu'ils veuillent bien accepter ici le témoignage de notre dévouement.

MM. les professeurs Cochez et Trabul nous ont fait le grand honneur de leurs encouragements. A ces Maîtres de notre Ecole, à tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous, respectueusement merci.

Et nous n'oublions pas le bienveillant accueil de MM. les professeurs Grassel et Carrieu à la Faculté de Montpellier, lors de nos derniers examens. Nous avons toujours brigué de loin l'honneur d'être un peu l'élève de M. le professeur Grassel par le commerce si agréable de ses savants écrits. Nous sommes heureux et fier qu'il ait bien voulu, en acceptant la présidence de notre thèse, mettre le comble à cet honneur.

Un dernier mot, un fraternel souvenir à nos excellents camarades d'internat, et nous aurons accompli, pour notre plus grande satisfaction, le plus agréable et le plus sacré des devoirs.

Notre travail se divisera ainsi qu'il suit : après un historique rapide de la question, nous étudierons les classifications de nos prédécesseurs pour arriver à celle que nous proposons. Viendra ensuite une description clinique des faits connus jusqu'à ce jour. Nous terminerons par l'exposé succinct de la méthode à suivre pour l'élimination diagnostique des fausses tumeurs de l'abdomen.

TABLEAU CLINIQUE
DES
FAUSSES TUMEURS
DE L'ABDOMEN

HISTORIQUE

L'histoire des fausses tumeurs de l'abdomen se divise en deux périodes très nettes.

Dans une première série de travaux, il n'est question que des fausses grossesses. Hippocrate connaissait le fait, sans l'attribuer à des causes précises. Plus près de nous, les grands accoucheurs en citent des exemples. Schmitt parle de quatre cas de grossesse simulée par l'embonpoint (1). Mauriceau en donne également plusieurs cas. Gérard, de Lyon, étudie le premier les grossesses nerveuses, en 1803, et signale chez une chienne, des phénomènes sympathiques de fausse grossesse. Dans l'année 1838, deux thèses de Paris par Derymon et Coquengniot traitent *Des Maladies qui peuvent simuler la grossesse*. La question est reprise dans les thèses de Paris de Delsol (1860), et de Villebrun (1865).

(1) Joulin. Traité complet d'accouchements (1867), page 441.

Jusqu'alors, le sujet demeurait limité aux fausses grossesses : sans doute parce que les faits de fausses tumeurs sont plus fréquents parmi les femmes, et que, parmi ces faits, les cas de fausses grossesses font plus facilement leurs preuves. L'idée de fausse grossesse était si solidement établie, et l'hypothèse de fausse tumeur si peu envisagée qu'on trouve, dans tous les travaux cités, la même confusion de faits, l'histoire des fausses grossesses détournant à son profit toute une série de cas ressortissant plutôt aux fausses tumeurs en général.

Avec la clinique de Potain (1896), la question des fausses tumeurs se pose en France. L'Américain Da Costa (1), le Belge Thiriar (2), l'avaient précédé. Bertrand s'inspire de ces trois auteurs pour soutenir, en 1896, devant la Faculté de Paris, sa thèse : *Contribution à l'étude de quelques fausses tumeurs de l'abdomen*.

En 1897, la *Presse médicale* publie une série de faits dus à MM. J. Brault et J. Rouget.

La thèse de Kheifetz (3) termine la série des travaux récents sur la question, en s'attachant plus spécialement au chapitre hystérie, édifié sur l'étude de cette névrose et l'application de l'anesthésie chloroformique.

Ajoutons qu'on trouve, dans le *Traité de Chirurgie clinique* de Tillaux, au chapitre consacré à l'étude des tumeurs de l'abdomen, des éléments de diagnostic et des exemples intéressants. Nous faisons de larges emprunts à ce précieux ouvrage.

(1) Da Costa. Cliniques, 1870-1871.

(2) Thiriar. Entretiens de chirurgie à l'hôpital Saint-Jean, p. 112.

(3) Kheifetz. Des fausses grossesses et fausses tumeurs hystériques. Thèse de Paris, 1898.

ESSAI CRITIQUE DE CLASSIFICATION

Analyser ces matériaux nombreux, les ordonner par groupes, leur assigner leur place dans une classification clinique : tel est le but de ce chapitre.

DES FAUSSES GROSSESSES

Pour suivre l'ordre et l'esprit des publications, nous nous attacherons d'abord à l'étude des fausses grossesses, et nous examinerons à ce premier point de vue les travaux de Delsol, Villebrun et Kheifetz, qui résument la question.

On trouve dans ces trois auteurs la même division générale des faits, avec des différences toutefois dans l'importance que chacun accorde à leurs variétés.

* Partant de cette définition que les fausses grossesses comprennent toutes les affections qui, sans conception, peuvent simuler la grossesse, Delsol et Villebrun décrivent dans une première catégorie de faits les cas de grossesse simulée par des lésions organiques ou des troubles fonctionnels :

1° Rétention du sang dans la cavité utérine, par suite de l'occlusion du vagin ou du col ;

2° Aménorrhée simple ;

3° Lésions de l'utérus ou des annexes ;

1° Lésions des organes abdominaux (hypertrophie, distension, déplacement).

C'est à peine si les exemples de grossesses apparentes nerveuses (Delsol), de fausses grossesses nerveuses (Villebrun), trouvent leur place dans un étroit chapitre, que les auteurs songent à peine à opposer aux fausses grossesses d'origine organique.

Kheifetz, au contraire, signale à peine dans sa classification les fausses grossesses par lésion organique. Il s'occupe surtout des fausses grossesses hystériques, les seules qui répondent d'ailleurs à cette conception de l'auteur : « Dans les fausses grossesses, il existe en dehors » d'un ventre augmenté de volume, tous ou presque tous » les troubles sympathiques habituels de la grossesse. »

Nous adoptons cette définition de Kheifetz parce qu'elle nous paraît convenir parfaitement à la clinique. Pour nous, en présence d'une fausse tumeur de l'abdomen chez une femme, l'idée de grossesse ne saurait être permise du fait seul de l'augmentation du volume du ventre. Le cortège sympathique dont parle Kheifetz nous paraît indispensable pour autoriser cette erreur clinique. En dehors de cet appareil, le sexe du sujet ne saurait fournir qu'une présomption très passagère, aussitôt abandonnée que conçue.

C'est sur cette proposition que nous nous appuierons, contre son auteur même, pour rendre au groupe des fausses tumeurs les faits injustement rattachés à la description des fausses grossesses.

Examinons, par exemple, les observations suivantes, relevées dans les thèses de Delsol et de Villebrun, et voyons comment elles répondent à l'heureuse caractéristique de Kheifetz.

1^o Thèse de Delsol, § II

Développement anormal du rein.

Nous avons trouvé dans l'histoire de l'Académie royale des Sciences, année 1832, l'observation d'une dame du Dauphiné, qui avait le rein gauche si prodigieusement augmenté de volume qu'il pesait 17 kilos et demi... La malade ne tarda pas à succomber, et l'autopsie démontra que *la tumeur* n'était qu'un développement du rein.

Le texte de l'observation porte le mot *tumeur*, et quelle autre donnée que le sexe de la malade pouvait faire dire *fausse grossesse*.

2^o Thèse de Villebrun. — Observation empruntée à Macauley

Rétention du sang dans la cavité utérine par suite de l'occlusion
du vagin.

« Je trouvai le ventre fort distendu et, à l'entrée du » vagin une résistance que je pris pour la poche des » eaux, ce qui me fit annoncer que la femme était en tra- » vail ».

On conviendra que l'examen était mince; on ne relève, d'ailleurs, au cours de l'observation, aucun indice de grossesse que cette tension de l'hymen; pas un des signes sympathiques de Kheifetz; à part l'erreur d'une sage-femme ignorante, il n'y a pas la moindre raison de penser à la fausse grossesse.

Nous avons pris ces deux cas au milieu de tant d'autres, et nous ferions les mêmes objections aux faits de vessie distendue par de l'urine, d'aménorrhée simple, de métrite ou d'annexite, de lésion des organes abdominaux. Il y a

loin de la suppression ou de la régularité des menstrues, signe isolé, à la totalité ou la presque totalité des phénomènes sympathiques de la grossesse. On pourra, dans ces cas, penser à la grossesse l'espace d'une minute ; l'erreur marquera simplement une étape du diagnostic.

En effet, si l'augmentation du volume du ventre est un signe à lui seul suffisant, il n'y a plus de fausses tumeurs chez la femme en dehors de la fausse grossesse. Et si le cortège sympathique de Kheifetz en est le complément clinique indispensable, l'hystérie seule, à laquelle on peut joindre, pour quelques cas, l'aliénation mentale, est capable de créer l'erreur de toutes pièces.

Nous n'allons pas jusqu'à prétendre que le psychisme des malades est toujours seul en cause : « quelques-unes » éprouvent véritablement des symptômes plus ou moins « notables » (1). Il se trouve souvent qu'une *épine organique* est le point de départ des erreurs subjectives de la malade. Mais il y a dans cette fausse interprétation des impressions réelles, dans cette édification imaginaire d'une conception désirée ou redoutée, quelque chose qui force l'attention du clinicien et lui révèle sa véritable voie ; c'est l'hystérie qui domine en un mot, c'est elle qui commande la situation clinique et détermine l'illusion.

En résumé, qu'elles éprouvent des symptômes pouvant justifier leur croyance, ou que leur imagination malade fasse tous les frais de la situation, les déséquilibrées hystériques ou aliénées sont seules capables de simuler les signes rationnels de la grossesse et de fixer sur ce terrain l'erreur diagnostique.

Ajoutons, pour tout dire, que cette opinion est tacitement contenue dans la thèse de Bertrand, lequel ne men-

(1) Joulin, Traité complet d'accouchement, 1867, p. 440.

tionne même pas dans sa classification les fausses grossesses par lésion organique.

DES FAUSSES TUMEURS.

En différenciant les fausses grossesses, nous avons, pour ainsi dire, rétabli la part des fausses tumeurs chez la femme. Toutes les fausses grossesses attribuées par nos prédécesseurs aux lésions des organes génitaux ou des viscères de l'abdomen, entrent, selon nous, dans le cadre général des fausses tumeurs, à moins que l'hystérie ne s'en saisisse pour les revêtir de l'aspect clinique spécial défini par Kheifetz.

Il nous reste à étudier les travaux de Potain, Bertrand, Brault et Rouget, et Kheifetz, pour emprunter à ces auteurs les éléments d'un tableau clinique des fausses tumeurs.

« Nous avons, dit Potain (1), en séméiologie, à nous »
» défier beaucoup des tumeurs de l'abdomen... la palpa- »
» tion, du reste, source précieuse de renseignements, »
» peut être parfois l'origine d'illusions singulières, et, »
» parmi les erreurs susceptibles d'être ainsi commises, »
» il n'en est peut-être pas de plus fréquentes que celles »
» qui sont causées par les fausses tumeurs de l'abdo- »
» men. »

On peut se trouver en présence de plusieurs catégories de faits :

1° Distension anormale de certains organes :

Vessie distendue par de l'urine ;

(1) Potain. Des fausses tumeurs de l'abdomen. *Semaine Médicale*, 1896, p. 209.

Vésicule biliaire distendue par de la bile ;

Hydronéphrose ;

Intestin en volvulus ;

2° Déplacement de certains viscères :

Rein déplacé ;

Rate déplacée ;

Dislocation partielle du foie par le corset ;

3° Tumeurs purement apparentes :

Lipomatose localisée chez les hystériques ;

Contracture irrégulière hystérique ;

Contracture et paralysie réflexe localisée consécutive à une inflammation chronique ;

Fausse grossesse.

Il faudrait se demander peut-être si les cas de : cholécystite avec rétention définitive de la bile, d'hydronéphrose fermée par occlusion définitive de l'uretère, peuvent être considérés comme fausses tumeurs, si l'intervention chirurgicale qu'ils exigent ne les met pas au rang de tumeurs véritables parmi les kystes par rétention. L'erreur de diagnostic se réduirait alors au fait qu'ils en ont imposé à l'auteur pour des néoplasmes proprement dits ; or, c'est plutôt d'erreur anatomo-clinique qu'il doit s'agir dans l'étude des fausses tumeurs, destinée par la nature de ses éléments à demeurer clinique.

Sans entrer plus avant dans cette discussion spé cieuse, nous nous bornerons à retenir du groupement de Potain :

1^o Qu'il est fait une différence très nettement tranchée entre les fausses tumeurs par distension et déplacement des viscères d'une part, et les fausses tumeurs du dernier groupe d'autre part. Un examen, même rapide, permet de rattacher à des troubles dynamiques chez des hystériques le plus souvent, des aliénés quelquefois, des nerveux dans tous les cas, les phénomènes de contrac-

ture et de parésie musculaire, et de lipomatose rapide et localisée.

2° Notons encore que l'auteur a reconnu la nécessité d'une appellation spéciale pour cette classe de faits, superposée à leurs caractères spéciaux de siège et de stabilité.

Née de cette clinique, la thèse de Bertrand ne pouvait que refléter les idées du maître. Sa classification présente les mêmes groupements, dans un ordre un peu différent, mais dans un esprit identique :

1° Tumeurs par trouble nerveux;

2° Grossesses par trouble nerveux;

3° Fausses tumeurs dues à un état particulier de la paroi abdominale et des viscères qu'elle contient.

Notons seulement, parmi les tumeurs purement apparentes de Potain, la distinction nouvelle et heureuse des fausses tumeurs de la paroi dues à un état particulier de cette dernière, indépendamment des états nerveux.

C'est dans cette dernière catégorie de faits que prennent place quelques-unes des observations si originales de MM. Brault et Rouget.

Ecartant par avance, comme universellement connus et reconnus, les exemples de fausses tumeurs hystériques, y compris les fausses grossesses, ces auteurs ordonnent leurs observations comme suit :

1° Tumeurs de la paroi abdominale :

Musculature ;

Lipomatose ;

2° Tumeurs d'origine viscérale :

Hypertrophie

Déplacement

Distension

} des viscères.

L'histoire si curieuse qu'ils rapportent d'une paralysie

partielle de la paroi suffisait à créer le groupe non hystérique des tumeurs de la paroi.

Mais on comprend difficilement que Kheifetz, sans tenir compte des faits et sans s'expliquer davantage, rejette simplement cette distinction en s'appuyant sur Bertrand : nous avons fait remarquer que Bertrand était le premier à l'avoir affirmée.

Nous avons dit ailleurs ce que nous pensions des fausses grossesses d'origine organique, admises par Kheifetz, après Delsol et Villebrun.

Cette double restriction faite, la classification de Kheifetz offre la même séparation très nette entre les fausses tumeurs par lésion des organes et les fausses tumeurs par trouble hystérique.

Notre étude critique terminée, nous proposons de séparer sous le nom de *tumeurs fantômes*, les fausses tumeurs d'origine purement nerveuse. Ce groupe, correspondant aux tumeurs purement apparentes de Potain, aux tumeurs d'origine nerveuse de Bertrand, à quelques-unes des observations de Brault et Rouget, aux tumeurs hystériques de Kheifetz, comprendra :

1° Les grossesses fantômes, caractérisées par le syndrome sympathique de Kheifetz, et tributaires en totalité, selon nous, de l'hystérie et de l'aliénation mentale ;

2° Les tumeurs fantômes :

- a) Tympanite hystérique ;
- b) Lipomatose liée aux états nerveux ;
- c) Contracture hystérique ;
- d) Paralysie¹ et contracture réflexes localisées de Potain.

L'unité clinique de ce groupe est réalisée par le terrain nerveux et les stigmates qui le révèlent. Le terme de tumeurs fantômes nous paraît parfaitement s'adapter à

cette catégorie de tumeurs essentiellement mobiles et fugaces, qui naissent sans cause apparente et que l'anesthésie ou la suggestion suffisent à dissiper, quand elles ne s'évanouissent pas d'elles-mêmes.

Nous réservons l'appellation de *fausses tumeurs proprement dites* à la catégorie des faits qui reposent sur une lésion organique. Edifiée sur une base matérielle, leur existence est plus solide. L'anesthésie peut quelquefois aider à les reconnaître ; elle est impuissante toujours à les faire disparaître, et l'on devra, assez souvent, intervenir, pour prévenir des accidents graves pouvant aller jusqu'à la mort (1).

Nous les subdiviserons en :

1^o Fausses tumeurs de la paroi :

- a) Lipomatose non hystérique ;
- b) Altérations musculaires de la paroi (Brault et Rouget) ;

2^o Fausses tumeurs viscérales : par hypertrophie, déplacement, distension des organes.

Celles-ci seront solides, liquides ou gazeuses, suivant le processus dont elles relèveront. Elles pourront être, dans certains cas, le résultat complexe de l'association de ces processus et constituer des tumeurs mixtes.

S'il nous fallait donner une définition des fausses tumeurs de l'abdomen, assez précise pour s'appliquer aux faits connus, assez vaste pour accepter les surprises possibles de la clinique, nous dirions, reprenant et complétant la phrase de Bertrand, que, dans la paroi abdominale et derrière elle, le palper nous révélera des saillies dues à des états particuliers des couches musculaire et cellulo-

(1) Tillaux. Traité de Chirurgie clinique, t. II, p. 177.

adipeuse ; à des rétentions de produits de sécrétion solides, liquides, gazeux ; à des déplacements d'organes souvent hypertrophiés ; enfin, à des troubles nerveux relevant de l'hystérie et de l'aliénation mentale.

Les fausses tumeurs de l'abdomen embrassent cet ensemble de faits.

DESCRIPTION CLINIQUE

Décrivant les différentes variétés de fausses tumeurs nous insisterons plus particulièrement sur quelques cas nouveaux, dus à la grande bienveillance de nos maîtres. Persuadé que les observations gagnent en intérêt à suivre les descriptions dont elles sont à la fois le principe et la preuve, nous les intercalerons dans le texte au cours de notre description clinique.

I. — Tumeurs fantômes

a). GROSSESSES FANTÔMES. — Nous nous sommes précédemment expliqué sur ce que nous entendions par fausse grossesse. Pour que le clinicien soit en droit d'y songer de préférence à toute autre tumeur, il faut qu'il existe en dehors d'un ventre augmenté de volume tous ou presque tous les troubles sympathiques habituels de la grossesse.

Les fausses parturientes sont des hystériques pour la plupart. Hantées par l'idée d'une grossesse qu'elles désirent ou qu'elles redoutent, tourmentées quelquefois par une affection légère des organes génitaux internes, *ces rétrécies de la conscience* ne tardent pas à présenter tout ou partie des signes rationnels de la conception : suppression des règles, grossissement du ventre, troubles de

pigmentation, hypertrophie et sécrétion des seins, troubles digestifs et nerveux. D'ailleurs, la *grande simulatrice* ne s'arrête pas au prologue : la comédie une fois montée, se jouera jusqu'au dénouement. Il y aura des mouvements du fœtus perçus par la mère avec une apparence de légitimité ; une véritable mise en scène de l'enfantement terminera dans les limites régulières le long spectacle de la gestation : véritable bouquet d'artifice qui va se réduire en fumée. Étonnée de n'aboutir à rien, lasse d'efforts et de souffrances, la pseudo-parturiente fait abandon de sa chère-mère. L'hystérie déserte la scène, emportant avec elle tout l'attirail de ses décors. Il est bien rare qu'elle se risque à renouveler le spectacle : le cas s'est trouvé cependant de *fausse grossesse à répétition*.

On trouvera rapportés dans la thèse de Kheifetz les cas de Rendu, Dufay, Thiriar, Hyernaux, Tarnier et Chantreuil. A propos de ce dernier fait (1), notons que la *lipomatose rapide de la paroi abdominale*, qui accompagne la ménopause, s'exagère volontiers chez les hystériques, cause d'erreur nouvelle pour le clinicien. La *tumeur tympanique de l'abdomen* dont parle Tillaux dans son *Traité clinique*, a pu être désignée sous le nom de grossesse fantôme parce qu'on la rencontre quelquefois chez les jeunes femmes, au début de leur mariage (2), avec les phénomènes sympathiques de l'auto-suggestion. Toutes les affections des organes génitaux internes pourront également servir de point de départ à l'auto-suggestion hystérique. Mais l'hystérie a beau revêtir les plus savants déguisements ; elle a beau se présenter sous autant de couleurs que le caméléon, selon l'expression de Sydenham ; elle est tou-

(1) Kheifetz. *Loc. cit.*, observation IV.

(2) Tillaux. *Loc. cit.*, t. II, p. 175.

2 jours caméléon, elle se trahit dans les antécédents de la malade, dans son habitus extérieur. Le praticien est bientôt amené sur la piste de la vérité ; les stigmates révélateurs démontreront le bien fondé de ses présomptions.

Ainsi, c'est par l'hystérie elle-même que l'erreur sera soupçonnée. Il est très rare, en effet, que les pseudo-parturientes ne laissent percer, au cours de l'interrogatoire, des indices précieux de leur état nerveux. L'exploration des réflexes, la recherche des zones hystérrogènes, l'examen du champ visuel, l'analyse des urines achèveront le diagnostic.

Mis en éveil par cette constatation, le clinicien en viendra tout naturellement à rechercher les signes certains de la grossesse ; il ne trouvera pas ces signes, et la lumière se fera plus complète. Au palper, pas de mouvements actifs du fœtus, pas de ballottement abdominal ; au toucher, pas de ramollissement du col utérin, pas de présentation sensible ; à l'auscultation, silence absolu : la vacuité de l'utérus peut dès lors être affirmée.

Resté un moyen de contrôle précieux : le chloroforme et la suggestion. Endormez votre malade et, à travers la paroi relâchée, vous pourrez constater que l'utérus est libre. Hypnotisez la patiente, ôtez-la de son idée fixe, essayez de la suggestion à l'état de veille : vous pourrez réussir à la délivrer sur-le-champ de son fantôme de grossesse. Les exemples suivants en font foi.

Observation première

Publiée par Maygrier. — *Presse médicale* du 2 août 1899

Tel est le cas, rapporté par Depaul, d'une femme du monde ayant dépassé la quarantaine sans enfants, et ayant un désir immodéré d'en avoir. Croyant ressentir

tous les signes d'une grossesse, elle consulta Depaul qui, à plusieurs reprises, lui déclara qu'elle n'était pas enceinte, sans arriver à la persuader. Un matin, pendant qu'il faisait son cours, il fut mandé en toute hâte auprès de cette dame, qui, paraît-il, était en train d'accoucher. Très surpris, craignant de s'être trompé, Depaul partit aussitôt ; il trouva sa cliente couchée sur le dos dans son lit, les jambes fléchies sur les cuisses, dans la situation d'une femme qui accouche, faisant des efforts d'expulsion et poussant des cris et des gémissements. Il la toucha, reconnut un col petit et dur, un utérus absolument vide, un abdomen distendu par les gaz. Il réprimanda la fausse parturiente assez sévèrement, la sommant de cesser cette comédie et lui affirmant qu'elle n'accouchait pas pour la bonne raison qu'elle n'était pas enceinte. Elle fondit en larmes et se rendit enfin à l'évidence.

Le praticien décidera du moyen de suggestion à employer dans chaque cas particulier.

Observation II

Dr Munaret. — Le Médecin des villes et des campagnes, 3^e édition, p. 458

Un homme marié, un bourgeois, vint un jour me confier son désespoir, en me suppliant, avec des larmes et des promesses, de sauver l'honneur de deux personnes. Ma résistance fut longue ; mais comme il était résolu à tout entreprendre, je parus, à la fin, céder à la compassion que ce double malheur m'inspirait. Une boîte de pilules, selon mon innocente prescription (*mica panis*), fut préparée et livrée par un pharmacien de ma connaissance. Deux mois après, je reçus une lettre de remerciement : la jeune personne, m'écrivit le consultant, avait à peine

suivi mon traitement pendant un mois que son ventre avait diminué de volume, que ses ordinaires avaient reparu ; enfin, plus de maux de reins, de vapeurs, de goûts bizarres, de tristesse, etc.

Un médecin comprendra tout de suite cette guérison : la crainte d'être enceinte avait supprimé les menstrues de la fille séduite, et les symptômes d'une aménorrhée, si semblables à ceux d'une grossesse commençante, s'étaient dissipés par une autre influence morale, par le seul espoir d'être préservée d'une illicite maternité.

La conduite du savant et spirituel Munaret mérite d'être imitée à un double point de vue. Car s'il s'agit d'une grossesse fantôme, la médication par la *mica panis* en aura raison au même titre que les autres moyens de suggestion. Si les craintes de la patiente se trouvent être justifiées, l'espoir de guérir par les seules pilules du célèbre Tronchin sauvera l'enfant d'un avortement certain.

Nous n'insisterons pas davantage sur cet ordre de faits dont les exemples sont vulgaires. Ajoutons que, suivant Delsol, cette idée de grossesse, qui présente presque tous les caractères d'une véritable monomanie, nous la retrouvons aussi chez les femmes aliénées avec son cortège clinique.

Témoin le cas, emprunté à Esquirol (1), de cette jeune fille qui se croyait enceinte d'un professeur de botanique pour avoir assisté à quelques-unes de ses leçons, et présentait, par auto-suggestion, des symptômes sympathiques de grossesse. Auprès de ces malades, les ressources de la thérapeutique sont minimales. On ne peut guère espérer un amendement qu'avec la guérison de l'état mental lui-même.

(1) Esquirol. *Maladies mentales*, t. I, p. 150.

b). TUMEURS FANTOMES PROPREMENT DITES. — Les tumeurs fantômes, dont les fausses grossesses ne se séparent que par l'orientation spéciale de l'idée fixe et de ses effets objectifs, reconnaissent le même mécanisme et relèvent des mêmes causes.

a). *Tympanite hystérique*. — La tumeur tympanique de l'abdomen est la plus commune. Sa pathogénie a été soigneusement étudiée par Kheifetz, qui conclut à une paralysie des tuniques musculaires de l'intestin consécutivement distendu par des gaz.

La tympanite se rencontre surtout chez la femme, à telle enseigne qu'elle a pu être synonyme de fausse grossesse, grossesse fantôme. Nous avons dit à quelles conditions cliniques cette confusion était permise. Que la hantise de la conception soit remplacée, chez l'hystérique, par l'idée obsédante de tumeur, le syndrome sympathique de Kheifetz manquera ; on se trouvera en présence d'une tumeur de l'hypogastre, lisse, régulière, arrondie, remontant jusqu'à l'ombilic, limitable en haut avec le rebord cubital de la main (1), qui en imposera le plus souvent pour un kyste de l'ovaire. La malade aura connaissance d'un cas de tumeur de l'abdomen survenu chez quelqu'un des siens. Sa conviction sera qu'elle subit l'hérédité fatale. Elle souffrira et réclamera l'intervention chirurgicale.

(1) Tillaux, *Loc. cit.*, p. 175 et suivantes.

Observation III

(Résumée)

(Publiée par Tauchon, moniteur de la Clinique Tarnier)

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, du 8 mai 1898.

Anna X..., 21 ans, déclare que son ventre a grossi au point qu'elle a dû relâcher son corset de 30 centimètres. Elle éprouve des douleurs dans le bas ventre et dans les cuisses, par crises, et une sensation constante de pesanteur. Son visage est tiré, elle a maigri. Elle est convaincue de l'existence d'une tumeur. « Sa mère en étant morte, » elle doit, d'ailleurs, en mourir aussi ».

Cependant l'hymen est intact, les règles sont normales et l'on ne constate pas le moindre écoulement. Le ventre est gros et présente une dureté ligneuse ; mais il se laisse déprimer après cinq à sept minutes de massage. La tumeur redoutée n'existe pas ; elle est simulée par une tympanite hystérique.

Première intervention : On endort la malade au chloroforme et on lui applique un large pansement. Dès le lendemain, le ventre diminue de volume et la guérison s'annonce. Mais lorsqu'on enlève le pansement, quelques jours plus tard, il n'y a pas trace de cicatrice. La malade réclame l'opération qu'on a seulement simulée.

Deuxième intervention : On fait une incision superficielle de six centimètres, suivie de suture et pansement. Cette fois la guérison s'est maintenue.

Il est très rare que pareils phénomènes se rencontrent chez des femmes jouissant du tempérament le plus calme

et le moins nerveux qui puisse être (1). Nous ne répugnons pas à admettre que, dans les deux cas rapportés par Tillaux, la tympanite peut constituer la manifestation isolée d'un état nerveux d'ailleurs latent.

Cette parésie des tuniques musculaires de l'intestin avec distension de son calibre par les gaz, peut s'observer chez les hommes, avec cette différence toutefois, que les phénomènes hystériques qui lui donnent naissance sont ici, le plus souvent, inconscients. Dans l'exemple suivant observé dans le service de M. le docteur Battarel, ce n'est pas l'idée fixe, mais une dothiéntérie qui a déterminé la localisation de la parésie musculaire.

Observation IV

(Personnelle)

Fièvre typhoïde chez un hystéro-épileptique et tympanite consécutive.

Jean C..., âgé de 19 ans, entre, le 2 avril 1899, à l'hôpital de Mustapha, salle Maillot. Il est atteint d'une fièvre typhoïde qui se prolonge durant deux mois avec des alternatives de rémission et de recrudescence. La convalescence est pénible et se signale à notre attention par une constipation opiniâtre.

Le 18 juin, vers midi, le malade est pris de coliques violentes ; le ventre devient globuleux, très douloureux à la pression ; il n'y a ni diarrhée, ni vomissement, et la température ne s'élève pas ; mais l'anxiété est extrême, le pouls devient rapide et petit. — Poche de glace sur l'abdomen, diète lactée, morphine. — Un chirurgien, mandé en consultation, rejette l'idée d'une intervention immédiate.

(1) Tillaux. *Loc. cit.*, pp. 175 et suivantes.

Les symptômes s'amendent, puis disparaissent en quelques jours ; mais la constipation persiste, et le ventre, demeuré globuleux et tendu, donne l'impression d'une tumeur.

Cette tumeur est lisse, régulière ; elle occupe la région hypogastrique ; la percussion y révèle une sonorité variable d'un jour à l'autre. Douleur à la pression.

Mais un phénomène particulier attire notre attention : la tumeur augmente à vue d'œil au début de l'examen, tandis que le visage du malade reflète une émotion très grande : ses narines palpitent, ses membres se mettent à trembler, on dirait qu'il va fondre en larmes. L'examen terminé, la tumeur se réduit à son précédent volume ; le malade reprend sa quiétude apparente.

L'idée se présentait de phénomènes hystériques ; des recherches conduites dans ce sens fournissent les données suivantes : Jean C... appartient à une famille de nerveux et de délicats. Débile dès sa plus tendre enfance, il se fait remarquer à l'école par une irritabilité de tous les instants. Il s'instruit avec facilité, quitte l'école à 12 ans pour faire du jardinage avec son père ; à 17 ans, il est employé comme pétrisseur chez un boulanger. A l'âge de 13 ans, première crise : pâleur subite, chute sans connaissance, mais sans cri initial ; puis congestion de la face, écume aux lèvres, vociférations, secousses convulsives des membres. Durée de la crise : un quart d'heure. Au réveil, lassitude profonde, aucun souvenir de ce qui s'est passé. On consulte un médecin, qui donne du bromure de potassium. Quinze mois plus tard, nouvelle crise, calquée sur la première ; morsure de la langue. Entre temps, à intervalles éloignés, incontinence nocturne d'urine, vomissements alimentaires nocturnes. Cette seconde crise est la dernière.

L'examen actuel révèle les stigmates de l'hystérie : abolition des réflexes, zones d'anesthésie, tremblements, rétrécissement du champ visuel, — émotivité exagérée, rougeur subite du visage, battements des paupières et des narines, facilité des pleurs, — peu d'appétit, digestions pénibles, constipation opiniâtre, et, cependant, pas de dépérissement général, — l'examen des urines dénote une diminution considérable de l'urée tombant à 8,54 et une tendance à l'inversion des phosphates, dont le rapport se rapproche de l'unité :

$$\frac{0,577}{0,473}$$

Le malade se refuse à être anesthésié ou hypnotisé. Il sort de l'hôpital et ne donne plus de ses nouvelles.

Retenons, pour en finir avec la tumeur tympanique de l'abdomen, que sa nature hystérique se révélera le plus souvent par d'autres manifestations de la névrose. L'hypothèse de kyste de l'ovaire sera écartée par la percussion. Le chloroforme et la suggestion sous ses différentes formes auront raison des derniers doutes.

b). *Lipomatose liée à l'hystérie ou à l'aliénation mentale.* — Les tumeurs fantômes liées à la lipomatose de la paroi abdominale sont presque exclusivement l'apanage des femmes. Au moment de la ménopause, il est d'observation vulgaire de voir le pannicule adipeux de la paroi abdominale augmenter rapidement de volume. Chez les sujets nerveux le ralentissement de la nutrition exagère cette surcharge graisseuse; les vêtements deviennent à vue d'œil trop étroits, et comme les règles sont à ce moment supprimées, comme tous les organes rattachés à la fonction génitale sont sous le coup de modifications physiologiques plus ou moins manifestes, la crainte ou

l'espoir d'une grossesse prend volontiers naissance avec son cortège trompeur. C'est là, nous l'avons dit, la modalité la plus fréquente des grossesses fantômes. Mais que l'idée de conception ne surgisse pas dans l'imagination de la femme, ou qu'elle soit déçue au terme de la grossesse supposée ; qu'une autre explication se présente, et l'on assistera aux cas les plus singuliers qu'il soit donné d'observer en clinique.

Chez la malade observée dans le service de M. le professeur Moreau, nous avons pu voir la grossesse fantôme et la tumeur fantôme se succéder tour à tour.

Observation V

(Personnelle)

Fausse grossesse et fausse tumeur se succédant chez le même sujet

Marie N..., ménagère, âgée de 49 ans, entre à l'hôpital de Mustapha, salle Claude-Bernard, le 26 juin 1899. Interrogée sur la nature de son mal, elle répond : « Je crois que j'ai un serpent ou un faux germe dans le ventre. »

On découvre le ventre ; il présente une tumeur régulière lisse, arrondie, remontant jusqu'au diaphragme. La palpation présente des difficultés en raison de l'épaisseur considérable du pannicule adipeux. La tumeur se laisse pourtant déprimer après quelques minutes d'un massage méthodique. La sangle musculaire, d'abord contracturée en masse, se laisse forcer par les doigts qui explorent, et l'on peut constater sur-le-champ qu'il n'y a rien derrière la paroi épaissie qui permette d'accepter l'idée d'une tumeur réelle.

Frappé par la déclaration bizarre de la malade, par le clignotement de ses paupières, par la mobilité de son visage, qui donne toutes les marques d'une grande émotion, par sa sensibilité exquise, qui fait qu'elle tressaille au moindre attouchement, on pense à la névrose et l'on pousse dans ce sens l'interrogatoire du sujet.

Les parents de Marie N... sont morts à un âge très avancé ; le père buvait un peu, la mère était très impressionnable. Marie N... a une sœur âgée de 58 ans, dont la santé ne laisse rien à désirer. Dans son enfance et jusqu'à la puberté, elle s'est toujours bien portée ; peut-être s'est-elle fait remarquer à l'école par une sensibilité exagérée. Elle n'est réglée qu'à 17 ans, mariée à 19, et donne le jour à trois enfants qui meurent tous en bas âge (deux du croup, un de convulsions rattachées à l'évolution dentaire). Après 8 ans de mariage, son mari l'abandonne pour suivre une femme de rencontre, et ne donne plus aucune nouvelle. Comme il la maltraitait fort, Marie N... se console assez rapidement, regrettant seulement de n'avoir pas d'enfant ; elle se résigne à vivre seule et se place comme ménagère.

Il y a deux ans environ, elle croit s'apercevoir que quelque chose remue dans son ventre. Ses règles se suppriment à ce moment. Un embonpoint rapide survient, qui l'oblige à desserrer ses vêtements. Marie N..., que le regret de n'avoir pas d'enfant n'a pas abandonnée, tressaille d'espérance : si elle allait devenir mère ! Elle a beau se représenter qu'elle vit seule depuis six ans ; elle sait bien, pour avoir eu trois enfants, que la grossesse ne dure que neuf mois environ ; son désir de devenir mère lui suggère une explication : il s'agit d'un faux germe, qui a dormi pendant six ans, qui se réveille enfin et va se mettre à évoluer. On admet, en droit musulman, la théorie

dite « du germe dormant ». Les malékites, dont la doctrine a généralement cours dans les tribus algériennes, acceptent le terme de quatre ans, que certains commentateurs portent à cinq ans et plus. Il n'est pas impossible que Marie N..., demeurant en pays arabe (Mirabeau, en langue indigène Dra-el-Khedda) ait eu connaissance de ces idées et les ait admises avec sa docilité habituelle. Bientôt la raie brune apparaît, les seins se gonflent, une sécrétion blanchâtre vient sourdre, qui tache la chemise. Il y a des vomissements fréquents à la suite des repas. Marie N... atteint ainsi le troisième mois de sa prétendue gestation. Elle voit alors une sage-femme et un médecin, qui confirment son espérance ; car elle se garde bien de leur parler des circonstances particulières de sa grossesse ; elle craint d'être tournée en ridicule et cruellement détrompée. Encore six mois, et son enfant verra le jour. Le ventre augmente de volume et les mouvements perçus deviennent plus fréquents. Les vomissements ont disparu, mais l'estomac est souvent douloureux, le sommeil de la nuit est très souvent interrompu par des étouffements avec constriction de la gorge, sensation de chaleur intérieure, parfois aussi des secousses musculaires dans les membres et des mictions fréquentes. La malade attribue tous ces troubles à l'évolution du faux germe ; elle attend, pleine de confiance, le terme tant désiré.

Le terme passe et rien de décisif ne s'annonce dans son état ; les semaines s'écoulent sans qu'aucune douleur ne survienne, la grossesse demeure stationnaire. Peu à peu l'idée tant caressée d'une grossesse cède à la lassitude d'attendre, en même temps que s'effacent les troubles sympathiques rattachés à cette obsession. Mais alors cet être vivant qui ne cesse de s'agiter dans son ventre, qui rampe le long de ses flancs, qui se roule comme une boule

dans son estomac et lui remonte jusqu'à la gorge pour l'étouffer, cet être vivant, quel est-il donc ? L'imagination malade de Marie N... répond : *c'est un serpent*.

Il y a aujourd'hui quatre ans qu'étant à Mirabeau, Marie N... s'est désaltérée à une source surgissant de terre entre les mousses et les roseaux. Elle se souvient que, soif apaisée, elle a vu des serpents glisser parmi les herbes. Elle s'est enfuie, épouvantée à l'idée qu'un serpent plus petit pouvait vivre dans l'eau même qu'elle avait bu et qu'elle l'avait avalé. Elle a, d'ailleurs, été malade à la suite de cet incident ; elle parle d'aigreurs d'estomac et de vomissements d'eau, survenant surtout le matin, pendant plusieurs semaines. Tout s'explique, dès lors, à ses yeux : le serpent a mis deux années à grandir et maintenant il rampe librement dans son sein.

Ce récit, enrichi de détails complaisants, ne nous laisse plus aucun doute : nous sommes en présence d'une femme nerveuse, à imagination féconde, dont la raison est ébranlée et facile à tromper.

Recherchant les stigmates de cet état nerveux, nous trouvons que :

Les réflexes pharyngien et cornéen sont absents ; le champ visuel est normal ; il n'y a pas d'anesthésie, mais, en comprimant les ovaires, on arrive presque à provoquer une crise. Le tégument est tout entier le siège d'une hypéresthésie très prononcée. Enfin, nous apprenons qu'il y a eu des contractures des membres et de la nuque, et des parésies limitées.

La palpation des muscles de la cuisse est douloureuse ; il y a du tremblement de la langue et des doigts. Les nuits sont peuplées très souvent de rêves effrayants ; des animaux bizarres montent à l'assaut du lit de la malade et se

promèment sur son corps. Marie N... nous avoue qu'elle a beaucoup aimé le vin.

L'analyse des urines révèle une tendance à l'inversion des phosphates $\frac{1,6}{1,96}$. Il y a des traces d'albumine.

L'exploration bi-manuelle est pratiquée fin juin. L'utérus est normal et mobile. Les pressions exercées sur la tumeur ne lui sont pas communiquées.

Dès lors, notre opinion est faite et nous reconstituons comme suit la genèse des accidents :

Marie N... est une dégénérée, entachée d'éthylisme et d'hystérie. Son penchant pour l'alcool a préparé la gastrite chronique avec dilatation de l'estomac et les accidents de néphrite dont on relève les signes dans le récit de la malade et dans l'examen des urines. C'est lui qui, doublant la névrose, a troublé la raison de Marie N... au point de lui faire accepter de son état les explications les plus singulières.

Il s'agit, en définitive, d'une lipomatose rapide de la paroi abdominale, survenue au moment de la ménopause et exagéré par l'état de nutrition spécial de la malade. La sécrétion des seins pouvait dépendre, au début, des troubles de la ménopause. Mais l'hystérie trouvait dans cet ensemble de faits plus d'éléments qu'il ne fallait pour édifier la fausse grossesse. Les vomissements d'eau du matin, les sensations d'aigreur, les crises d'étouffement nocturnes, s'expliquent par des troubles digestifs consécutifs à l'abus de l'alcool et des contractions péristaltiques de nature hystérique. Ces mêmes contractions, en suivant le trajet sinueux de l'intestin, donnaient à la malade l'illusion d'un serpent qui aurait rampé le long de ses flancs.

Un traitement est institué contre l'état nerveux et les

accidents d'éthylisme. Les troubles gastriques s'améliorent, l'albumine disparaît, mais la tumeur persiste.

A ce moment, se place un incident curieux. Les voisines de lit de Marie N... lui représentent ce que son histoire de serpent a d'invraisemblable et de ridicule. Une vieille espagnole, qui prétend en avoir vu bien d'autres, déclare qu'il s'agit plutôt d'un enfant un peu long à venir, ou peut-être d'une grossesse double. Marie V... se met à le croire ; ses seins se gonflent de nouveau et la sécrétion reparaît.

Nous proposons alors l'intervention chirurgicale. La malade, elle-même, désire vivement qu'on l'ôte d'une incertitude qui ne lui laisse aucun repos. Nous l'évacuons donc sur le service Bichat. Le chirurgien est averti des circonstances et prié de faire un simulacre d'opération.

Comment cette intervention psychique s'est-elle transformée dans l'esprit du chirurgien en une opération véritable et importante ? nous n'avons pas à le discuter. On a vu dans l'état gastrique du sujet, dans les signes de dilatation de l'estomac, une indication d'agir par la gastro-entérostomie contre une atrésie du pylore spasmodique ou inflammatoire.

Toujours est-il que cette laparatomie a fourni la preuve matérielle de notre diagnostic de fausse tumeur.

Le 18 août, on ouvre le ventre sur la ligne médiane. On traverse une couche cellulo-adipeuse de trois centimètres d'épaisseur ; la sangle musculaire s'est relâchée sous l'action de l'anesthésie. Le ventre ouvert, on n'y découvre pas la moindre trace de tumeur. C'est à peine qu'on sent du bout du doigt, profondément introduit, deux noyaux fibromateux du volume d'une noisette siégeant sur le fond de l'utérus. Ces noyaux de fibrome, actuellement en voie de régression, ont pu au moment de la ménopause aider

par voie réflexe à la réalisation des signes sympathiques de la grossesse.

Les suites de l'opération paraissent favorables. Mais brusquement, le 29 août, la malade succombe après avoir présenté des signes d'urémie aiguë.

A l'autopsie, on trouve la gastro-entérostomie parfaitement consolidée ; le pylore est dans un état de relâchement normal. Les poumons sont le siège d'une congestion intense. Le rein droit est gras, dégénéré, porteur d'un kyste du volume d'une noix. Le rein gauche est atteint de néphrite aiguë. Cœur gras et flasque. Sur le fond de l'utérus, on retrouve les deux noyaux fibromateux reconnus à l'opération.

Marie N... a succombé à une insuffisance rénale aiguë, provoquée par un écart de l'alimentation et préparée par une néphrite ancienne.

L'aliénation mentale réserve les mêmes surprises cliniques que l'hystérie. L'observation suivante de MM. Brault et Rouget renferme l'histoire d'une lipomatose abdominale chez une aliénée, qui en imposa à plusieurs médecins pour un kyste de l'ovaire.

Observation VI

Brault et Rouget. — *Presse médicale* du 18 décembre 1887

Lipomatose liée à l'aliénation mentale

Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui avait présenté, au moment de la ménopause, des troubles intellectuels (lypémanie) ayant nécessité un internement. Comme il arrive assez fréquemment dans des circonstances semblables, un embonpoint exagéré et très rapide était survenu. Après sa sortie de l'asile, la première chose qui avait frappé la

malade et son entourage, c'était le développement énorme et globuleux de l'abdomen. Ici, les difficultés de l'exploration étaient accrues par l'état mental de la patiente, qui présentait, entre autres bizarreries, de nombreux scrupules et une invincible terreur de tout examen gynécologique un peu complet.

Trois médecins consultés successivement avaient pensé à une tumeur abdominale, à un kyste de l'ovaire. Appelés en consultation, nous demandons, en face des résistances de la malade, l'examen sous le chloroforme. Pendant l'hypnose, scrupules et néoplasme s'évanouirent. Ni la percussion, ni la palpation la plus attentive, ni les divers touchers ne purent révéler la moindre trace de tumeur dans cet abdomen redevenu flasque et pâteux. Quand le chloroforme cessa d'agir, nous vîmes se reproduire progressivement l'énorme masse globuleuse, formée par le tissu adipeux hypertrophié et refoulé au-devant de la sangle abdominale ferme et contracturée. Quand la malade se réveilla, la tumeur était parfaitement et intégralement reconstituée.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les exemples précédents, il est fréquent que la lipomatose abdominale s'accompagne de contracture de la sangle musculaire. Cette contracture est, d'ailleurs, au même titre que l'adipose, sous la dépendance de l'état nerveux qui domine le problème clinique.

c) *Contracture hystérique*.— La contracture hystérique se trouve être souvent isolée. Tantôt elle frappe un groupe de muscles de la paroi abdominale, et la masse des viscères, pressée à ce niveau par la sangle contracturée, proémine du côté sain. Tantôt elle s'empare de la paroi tout entière et sous-tend le pannicule adipeux.

On trouve, dans la thèse de Bertrand, deux cas de tumeurs fantômes par contracture hystérique (1). Le premier est emprunté à la clinique de Potain ; le second, dû à Richelot, concerne une contracture du ventre supérieur du muscle droit antérieur du côté droit, confondue avec un cancer du pylore.

d). *Paralysie et contracture réflexes localisées de Potain.* — C'est dans la clinique du savant maître qu'on trouve l'étude de ce groupe intéressant de faits. Dans un cas observé par Désormeaux et Potain, il s'agit d'une tumeur épigastrique chez une jeune fille, diagnostiquée kyste du foie. Or, on avait affaire à un relâchement partiel des muscles droits antérieurs, compliqué d'une contracture des muscles obliques, transverses et du diaphragme, à la faveur duquel le foie devenait proéminent. Potain attribue ce relâchement à une parésie limitée réflexe par arthrite vertébrale, les muscles droits antérieurs étant considérés comme fléchisseurs de la colonne vertébrale. La jeune fille était d'ailleurs hystérique, et c'est pour cette raison, dit Potain, que la paralysie et la contracture s'étaient si facilement produites sous l'influence de l'arthrite rhumatismale.

Un autre exemple concerne un individu porteur de foie cardiaque, chez lequel le lobe gauche de l'organe hypertrophié faisait saillie, par suite d'une parésie réflexe limitée des mêmes droits antérieurs. « Restait à chercher, dit l'auteur, la raison de cette parésie musculaire ; quant à moi je crois qu'elle se peut trouver dans l'existence d'une inflammation chronique du péritoine hépatique, entrete-

(1) Bertrand. Contribution à l'étude de quelques fausses tumeurs de l'abdomen. — Thèse de Paris, 1896. Observations X et XI.

» nue par la cirrhose cardiaque. Cette péritonite localisée
» prédominant au niveau du lobe gauche du foie, a déter-
» miné par propagation ou par action réflexe l'affaiblisse-
» ment de la partie supérieure du muscle droit et la
» projection en ce point de la paroi. »

En résumé, c'est toujours d'un trouble dynamique qu'il est question, évoluant sur un terrain nerveux et présentant les manifestations inconstantes, éphémères qui sont communes à tous les exemples de tumeurs fantômes.

II. — Fausses tumeurs proprement dites

Nous voici arrivé à la grande famille des fausses tumeurs proprement dites, nées d'une lésion organique ou d'un trouble fonctionnel. Dans cet ordre de faits, les signes objectifs sont tout, l'auto-suggestion n'existe plus. On se trouve en présence de tumeurs manifestement matérielles, sur lesquelles le chloroforme n'a aucune prise et qui ne cèdent le plus souvent qu'à une intervention active.

Ce groupe de faits n'a pas d'unité en soi. Il ne se définit que par l'exclusion des tumeurs fantômes. Tandis que celles-ci se trouvaient, de par leur nature le plus souvent hystérique, être l'apanage presque exclusif des femmes, les fausses tumeurs proprement dites s'observent indifféremment dans l'un et l'autre sexe.

Les variétés en sont nombreuses, aussi nombreuses que les exemples dont la clinique s'enrichit chaque jour. C'est à dire que leur classement ne peut être définitif; qu'il doit, pour pouvoir admettre les surprises à venir, se réduire à une division clinique aussi large que possible des faits connus jusqu'à ce jour. L'histoire elle même des

fausses tumeurs proprement dites se ramène à l'exposé des observations.

Nous maintenons, contre Kheifetz, qu'on peut et qu'on doit faire une différence clinique entre les fausses tumeurs pariétales et les fausses tumeurs viscérales. Potain, Bertrand, Brault et Rouget l'ont admis avant nous. « En présence d'une tumeur de l'abdomen, dit Tillaux, (1) la première question à résoudre est celle-ci : la tumeur est-elle développée dans la paroi de l'abdomen, ou bien est-elle contenue dans sa cavité ? ». Il nous paraît logique de conserver cette distinction des tumeurs, quand il s'agit de faits capables de les simuler en clinique.

A. FAUSSES TUMEURS PARIÉTALES. — a). *Lipomatose non hystérique*. — Le cas est rare et facile à élucider, comme le prouve cette observation de Brault et Rouget.

Observation VII.

Brault et Rouget. — *Presse Médicale* du 18 décembre 1897.

Lipomatose non hystérique.

Un homme approchant de la quarantaine est envoyé dans notre service avec le diagnostic « ascite ». A un examen superficiel, l'erreur était possible : la graisse était accumulée surtout dans la région sous-ombilicale, où la percussion dénotait une diminution sensible de la sonorité. Mais l'état général était excellent et le malade ne présentait aucune affection cardiaque, hépatique ou rénale, susceptible de déterminer un épanchement intra-péritonéal. Localement, rien n'était plus facile que de

(1) Tillaux. *Loc. cit.* page 89.

saisir, au devant de la sangle musculaire, l'énorme masse adipeuse servant de doublure à la peau : c'était décisif.

b) *Signature de paralysie infantile ou malformation congénitale.* — Voici le fait rapporté par Brault et Rouget.

Observation VIII.

Résumée.

Brault et Rouget. — *Presse Médicale* du 18 décembre 1897

Joseph B..., 22 ans, cultivateur, très borné, entre à l'hôpital du Dey, pour incontinence nocturne d'urine. C'est au cours de l'examen qu'on découvre la difformité dont il est porteur.

Au repos, lorsqu'on examine la paroi addominale, soit de face, soit, mieux encore, de profil, à jour frisant, on aperçoit la partie antéro-latérale gauche dépassant l'alignement et débordant d'une façon très appréciable.

L'expiration forcée et l'effort produisent une tuméfaction telle qu'on pourrait croire, de prime à bord, à une éventration, surtout au niveau de la ligne de Spiegel. En effet (1), toute la région antéro-latérale gauche est comme soulevée et projetée en avant. La sangle du grand droit participe elle-même à la convexité antérieure ; mais, c'est surtout la région occupée par le transverse et le petit oblique qui paraît affaiblie. Les muscles se contractent encore sous le courant faradique, mais moins énergiquement que leurs congénères. La percussion de la tumeur, lors d'une expiration forcée, donne une sonorité plus grande que dans les régions symétriques du côté opposé. Mais le pal-

(1) Voir les photographies reproduites par la *Presse Médicale* du 18 décembre 1897.

per fait bien sentir qu'il s'agit d'un soulèvement en masse derrière une paroi fortement amincie, et non d'une éversion ; car, nulle part, on ne rencontre de brèche ou d'éraillure.

• La respiration se fait suivant le type costal supérieur ; dans l'inspiration profonde, le malade semble aspirer ses viscères, et il se produit une dépression manifeste du creux épigastrique. On pourrait penser à de la parésie du diaphragme, car l'épigastre et les hypochondres se creusent, au lieu de se soulever comme dans l'inspiration ordinaire.

L'intelligence obtuse du sujet a rendu tout interrogatoire impossible ; les renseignements fournis par sa famille apprennent que l'affection est congénitale ou date de la toute première enfance.

La date du début de cette affection éloigne toute idée d'amyotrophie progressive. L'hystérie doit être écartée, le malade n'en présente aucun stigmate. On ne peut guère hésiter qu'entre la signature d'une paralysie infantile très précoce et une malformation congénitale.

Le cas est unique dans la science, et la conclusion des auteurs nous dispense de tout commentaire.

B. FAUSSES TUMEURS VISCÉRALES. — Nous distinguons les fausses tumeurs de la cavité abdominale en solides, liquides gazeuses et mixtes.

I^o TUMEURS SOLIDES

Elles relèvent de l'*hypertrophie* et du *déplacement* des organes, ou de leur *distension par des matières solides*.

a) *Foie*. — On trouve dans la clinique de Potain que le

foie peut subir une *dislocation partielle*, et que la portion de l'organe ainsi pédiculée peut en imposer pour une tumeur. C'est à Potain que Bertrand emprunte les observations I et II de sa thèse, auxquelles nous avons déjà fait allusion : à la parésie limitée des grands droits, invoquée dans un chapitre précédent, il faut joindre, pour compléter le mécanisme de ces fausses tumeurs, l'hypertrophie de l'organe.

b) *Rate*. — En raison des mouvements incessants d'augmentation et de déplétion que subit l'estomac, la rate est elle-même très mobile et susceptible par conséquent de se déplacer ; il suffit pour cela de l'allongement de l'épiploon gastro-splénique : aussi, lorsque la rate est augmentée de volume, est-il fréquent, en raison de son poids, de la voir abandonner l'hypochondre gauche et descendre plus ou moins bas dans la cavité abdominale (1). Potain parle de rates qui étaient venues se loger à l'épigastre, ou dans la fosse iliaque droite. Cruveilhier raconte qu'il prit lui-même une rate déplacée pour un cancer de l'estomac (2).

Mais ce qu'il est plus intéressant de savoir, c'est que la rate est susceptible de changer de position, de devenir flottante dans la cavité abdominale sans que son volume ait augmenté. Dans ces circonstances, elle peut occuper tous les points de l'abdomen (3).

Ajoutons que la seule hypertrophie de la rate peut donner, chez la femme, l'illusion d'un kyste de l'ovaire. Il n'est pas très rare, en effet, chez les paludiques invétérées, par exemple, que cet organe descende profondément dans le petit bassin et occupe tout l'abdomen.

(1) (2) (3) Tillaux, *loc. cit.* pages 131 et suivantes.

c) *Rein.* — Nous avons rapporté déjà l'observation d'un rein énorme, donnée par Delsol comme exemple de fausse grossesse.

Potain parle d'une antéversion du rein telle que le bord supérieur de l'organe se présentait à la palpation.

Les reins flottants ne sont pas rares ; ils s'accompagnent assez souvent d'hydronéphrose et deviennent fausses tumeurs liquides.

d) *Utérus et ovaire.* — Nous rangeons parmi les fausses tumeurs solides l'hypertrophie de l'utérus par métrite parenchymateuse.

De même, le cas suivant, rapporté par Tillaux, et concernant un ovaire anormalement pédiculé.

Observation IX

Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 144

Spencer Wels raconte qu'après avoir, durant plusieurs années, diagnostiqué chez une femme une mobilité anormale du rein droit au niveau de la région lombaire, il trouva que la tumeur était constituée par l'ovaire droit, attaché au-dessus du rein par un pédicule long de trente centimètres.

e) *Intestin distendu par des matières fécales.* — Malgré leur pathogénie spéciale, les cas de coprostase trouvent leur place dans l'énumération clinique des fausses tumeurs solides.

Observation X

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Moreau

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Moreau, en mai 1896, une femme qui présentait une tumeur dans la fosse iliaque gauche. La palpation était douloureuse en ce point ; le facies tiré de la malade, son amaigrissement, sa pâleur, faisaient penser à un néoplasme de cette région.

On eut l'idée de purger la patiente : la tumeur s'affaissa. Un deuxième purgatif acheva de la faire fondre. On continua de combattre la constipation qui, paraît-il, était habituelle, et ce fut, en quelques semaines, une résurrection.

Depuis cette méprise, nous avons toujours présent à l'esprit ce précepte énoncé par Tillaux (1) :

« Toutes les fois que vous trouverez dans une des » fosses iliaques une tumeur solide, songez toujours à » la possibilité d'une tumeur fécale et agissez en conséquence ».

De même, Tillaux parle de calculs biliaires et d'amas de lombrics comme causes occasionnelles de coprostase.

2° TUMEURS LIQUIDES

Elles sont réalisées dans la *distension de certains organes par un liquide*, et leur déplacement consécutif.

(1) Tillaux, *loc. cit.*, p. 176.

Qu'un obstacle plus ou moins durable s'oppose à la libre évacuation des produits de sécrétion (rein) ou d'excrétion (vessie) : ces liquides s'accumuleront en amont de l'obstacle dans les organes qu'ils traversent, transformant ces organes en véritables kystes par rétention.

a) *Vessie distendue par l'urine.* — Le muscle vésical peut subir une distension énorme, remonter jusqu'à l'ombilic, atteindre jusqu'au diaphragme. On croit volontiers, chez la femme, à un kyste de l'ovaire.

Observation XI

(Résumée)

Brault et Rouget. — *Presse Médicale* du 18 décembre 1897

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans qui présentait une dilatation du ventre remontant à 16 mois. L'examen décèle une tumeur globuleuse, mate et fluctuante, s'étendant de l'ombilic au pubis. Quatre médecins formulent le diagnostic de kyste de l'ovaire et l'opération est décidée.

Pendant l'anesthésie, il se produit, par le méat, une évacuation de deux litres de liquide. On suppose que le kyste s'est rompu et ouvert dans la vessie ; le toucher du cul-de-sac droit donne une sensation d'empâtement qui permet de conclure à des adhérences entre le kyste et la vessie, et l'on s'explique ainsi le mode de terminaison de la tumeur.

Or, le ventre une fois ouvert, on trouve une vessie surdistendue, des annexes très saines.

Le cathétérisme, qui avait été omis dans le cas présent, suffit ordinairement à lever les doutes : la tumeur s'affaisse après l'introduction de la sonde.

Tillaux écrit (1) : « Lorsque vous observerez une tumeur
» abdominale occupant la partie moyenne de l'hypogas-
» tre, lisse, régulière, rénitente, fluctuante, commencez
» toujours par pratiquer le cathétérisme. »

b) *Hydronéphrose*. — La marche même de l'hydronéphrose intermittente s'oppose à l'erreur diagnostique de fausse tumeur. Mais, si l'hydronéphrose s'est développée lentement, sans douleur ni trouble de la fonction urinaire, si l'oblitération de l'uretère est permanente du fait d'un *caillot sanguin*, d'une *hydatide* ou d'une *tumeur de voisinage*, la confusion est souvent inévitable.

« Les premières néphrectomies par la voie abdomi-
» nale, dit Tillaux, ont été faites à la suite d'erreurs de
» diagnostic. Lawson Tait croyait opérer un kyste du
» mésentère et Esmarch un kyste de l'ovaire, alors qu'il
» s'agissait d'une hydronéphrose (2). »

c) *Rétention de la bile dans la vésicule biliaire*. — Il ne peut s'agir, quand on parle de fausse tumeur, que d'une oblitération permanente du canal cystique. C'est le cas de l'observation XI, de Bertrand : on avait pris la vésicule pour un cancer de l'estomac.

d) *Distension de l'utérus*. — Enfin, nous rattachons au groupe des fausses tumeurs liquides les faits de rétention du sang menstruel dans la cavité utérine par occlusion du vagin ou du col.

(1) Tillaux. *Loc. cit.*, Tumeurs de la vessie.

(2) — *Ibidem*, page 148.

3° TUMEURS MIXTES

Ce groupe de tumeurs nous servira de transition entre les fausses tumeurs purement liquides et les fausses tumeurs purement gazeuses. Leur mécanisme se ramène à la distension des viscères par des matières liquides et gazeuses.

a) *Distension de l'estomac.* — C'est à Brault et Rouget que nous devons l'observation suivante.

Observation XII

Presse médicale du 18 décembre 1897

Chez un soldat affaibli, cachectique, présentant d'ailleurs des signes de tuberculose pulmonaire au premier degré, nous diagnostiquons une péritonite tuberculeuse, alors qu'il s'agissait en réalité d'une dilatation extrême de l'estomac. En dernière analyse, le cathétérisme de l'estomac, s'il avait été pratiqué, aurait rectifié l'erreur. L'autopsie fit constater, non sans étonnement, un immense estomac descendant jusqu'au pubis. On ne voyait que lui; il recouvrait tous les viscères abdominaux et mesurait un mètre vingt à la grande courbure.

b) *Distension de l'intestin.* — Nous rapprocherons de ce fait le cas suivant, emprunté aux mêmes auteurs.

Observation XIII

Chez un enfant de 12 ans, porteur d'une cirrhose avec ascite, le ventre était énorme et à l'autopsie, nous avons pu juger le volume vraiment exceptionnel que peut

acquérir parfois le gros intestin. Dilaté surtout dans sa dernière portion, celui-ci ne mesurait pas moins de soixante centimètres de circonférence.

4° TUMEURS GAZEUSES

Elles s'expliquent par la distension gazeuse des organes.

a). *Utérus*. — La physométrie, dite encore tympanite ou pneumatose utérine, fait partie de ce groupe.

b). *Intestin*. — Mais c'est dans les faits de distension du côlon qu'on trouve les exemples les plus curieux de fausses tumeurs gazeuses.

Nous voulons parler de la retentissante erreur de Béchère devant l'Académie de Médecine et d'une observation personnelle recueillie à la clinique médicale de Mustapha, présentant avec le cas de Béchère de très nombreux rapports.

Observation XIV

(Résumé)

Professeur A. Béchère, *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*,
25 mai et 1^{er} juin 1899

X..., robuste, de race saine, mais coutumier d'excès alcooliques, est pris subitement le 4 décembre 1895, d'une douleur vive au côté gauche, qui l'immobilise dans son lit avec frisson et courbature.

Deux ou trois jours après, la douleur s'étend à l'hypochondre droit et occupe toute la base de la poitrine. A l'hôpital de Dinant il rend des crachats teintés de sang et entend dire qu'il est atteint de pneumonie. Convales-

cence longue. Sortie en octobre 1896. Le malade reste faible et souffre d'une grande gêne pour respirer.

En décembre 1896, il entre à l'hôpital de Charleroi, pour dyspnée et légère expectoration; il en sort en juillet 1897.

En septembre 1897, il entre à l'hôpital de Lille; l'expectoration est augmentée, l'haleine devient fétide.

Quatrième hospitalisation à Saint-Quentin. Le malade est pris là d'une véritable vomique et rend six crachoirs de crachats purulents, d'une horrible fétidité. On diagnostique un foyer de pleurésie purulente interlobaire; six ponctions successivement pratiquées ne donnent aucun résultat.

En mai 1898, le malade entre à l'hôpital Tenon où il est examiné par Legendre et Martin Roux, puis il passe au service de Bécélère, qui accepte le diagnostic de pleurésie interlobaire.

La radioscopie ne permet pas de localiser le foyer purulent; pendant près d'un an, des essais répétés demeurent stériles. Le malade conserve son poids, mais il expectore, chaque jour, 300 grammes environ de crachats purulents.

Le 9 avril, à un examen radioscopique fait à une heure plus matinale que de coutume, « il semble que le malade » ait deux estomacs, l'un dans l'hypochondre gauche, » l'autre dans l'hypochondre droit, ce dernier séparant le » foie du diaphragme. En réalité, le foie du malade est à » n'en pas douter séparé du diaphragme par une collec- » tion gazeuse interposée, il n'est pas possible d'interpré- » ter autrement l'image radioscopique.

» La percussion de l'hypochondre droit, pratiquée aus- » sitôt après l'examen radioscopique, fait constater que » la matité hépatique a complètement disparu. Elle est » remplacée par une sonorité tympanique distincte de la

» sonorité pulmonaire. On peut dire qu'il existe, à la percussion, une éclipse totale du foie.

» Le lendemain la matité hépatique a reparu et un nouvel examen radioscopique ne montre plus l'image d'une collection gazeuse interposée entre le foie et le diaphragme, mais seulement l'aspect normal. »

Depuis ce moment, la percussion du foie, quotidiennement pratiquée, donne des résultats très variables d'un jour à l'autre; et l'on remarque que l'apparition de la sonorité coïncide avec les examens pratiqués avant l'expectoration du matin.

L'insufflation de l'estomac montre qu'il n'y a pas de communication entre cet organe et la collection gazeuse sous-phrénique.

« Je me suis assuré aussi, dit Bécélère, que l'insufflation du gros intestin aboutit seulement, comme celle de l'estomac, au refoulement du foie en haut; j'ai fait cette dernière recherche pour être certain que la collection gazeuse inter-hépto-diaphragmatique ne peut être attribuée à un *déplacement anormal du côlon transverse*.

» Tels sont les signes qui me permettent de croire que le malade est porteur d'un abcès sous-phrénique en communication avec les bronches. »

Pour le point de départ de cet abcès, on hésite entre une péritonite par perforation de l'estomac (gastrite éthylique) et une péritonite d'origine pneumococcique.

1^{er} juin 1899. — *Rectification d'une erreur de diagnostic*. — « L'autopsie, loin de confirmer le diagnostic fait pendant la vie, a montré une ectopie du côlon transverse venant, à certains moments, s'interposer entre le foie et le diaphragme ».

Il y a des vestiges de pleurésie diaphragmatique expliquant l'expectoration purulente.

« Un allongement très anormal du mésocôlon au niveau » du côlon transverse permettait à cette portion manifestement dilatée du gros intestin de se déplacer et de » recouvrir par intervalles la face supérieure du foie ».

Observation XV

(Personnelle)

Recueillie dans le service de la Clinique médicale de l'hôpital de Mustapha

Femme X..., 30 ans, entre, salle Andral, à l'hôpital de Mustapha, le 30 mai 1899. Elle tousse et crache depuis longtemps. Elle a fait une fausse couche de deux mois dans la nuit du 26 au 27 mai, avec perte considérable de sang. Elle souffre de l'estomac depuis le début de sa grossesse, et elle a présenté des vomissements verdâtres quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Avec ces vomissements sont apparus des vertiges, fièvre, faiblesses, qui l'ont obligée à abandonner son travail et l'ont conduite à sa fausse couche.

Dans la nuit du 30 au 31 mai, qui a précédé le premier examen de la malade, celle-ci a ressenti, dans le côté droit, une douleur transfixive subite, déchirante, irradiant dans l'épaule ; en même temps, un grand frisson a éclaté, la fièvre s'est allumée.

À la visite du 31 mai, la température est de 40°. La face est jaune, les traits tirés. On constate une voussure de la région hépatique ; à ce niveau, la percussion révèle une sonorité anormale, submatité du quatrième espace intercostal, tympanisme des cinquième et sixième. La sonorité débute à un travers de doigt au-dessous du mamelon et

s'arrête au niveau du rebord costal. En ce point, la douleur est exquise, exaspérée par la pression.

A l'auscultation, on trouve du silence dans la moitié inférieure du poumon droit; on entend quelques râles humides au-dessus. L'expectoration est jaune brun; elle exhale une odeur fétide.

L'observation de Bécère est, à ce moment, toute récente; frappé par l'analogie des deux cas, M. le professeur Cochez pense à de la gangrène du poumon droit et à un abcès gazeux sous-phrénique, peut-être rattaché à une perforation de l'estomac, cette perforation pouvant répondre aux signes aigus de la nuit précédente et dépendre de l'état gastrique relevé dans les antécédents récents de la malade.

L'état de faiblesse du sujet ne permet pas de faire usage de la radioscopie.

Un traitement est institué. Mais la température demeure au-dessus de 38°, elle atteint même de nouveau et dépasse 40°. Le pouls s'élève à 120, 125, 152. L'expectoration conserve ses caractères; elle gagne en abondance, en même temps que les signes de gangrène s'accusent davantage à l'auscultation.

Le 5 juin, il semble que la zone de sonorité anormale se soit légèrement déplacée. Le cinquième espace est devenu submat; le sixième conserve son tympanisme, et la sonorité descend jusqu'à deux doigts de l'ombilic; la douleur a subi le même déplacement.

La rectification de Bécère date du premier juin; à la suite de cette publication, on avait déjà pensé à une distension gazeuse du côlon transverse avec déplacement. Les modifications constatées à l'examen du 5 juin confirment cette hypothèse.

Le 9 juin, la sonorité a diminué dans le sixième espace.

Dans la nuit du 9 au 10, la malade est prise de délire et meurt dans une agitation extrême.

A l'autopsie, pratiquée le 10 juin, on relève des foyers de gangrène pulmonaire à droite ; dont le plus important siège à deux doigts au-dessus de la base.

L'estomac n'est pas perforé. Mais le foie est refoulé en haut et en arrière par le côlon météorisé. Celui-ci semble avoir subi, sur son axe, un mouvement de torsion de bas en haut tel que le grand épiploon, ratatiné, se trouve à sa partie postéro-supérieure.

MÉTHODE GÉNÉRALE POUR L'ÉLIMINATION DIAGNOSTIQUE DES FAUSSES TUMEURS DE L'ABDOMEN

Nous avons tenté dans le précédent chapitre de réunir les exemples connus de fausses tumeurs de l'abdomen suivant des groupes cliniques déterminés. En dépit de ses lacunes et de ses imperfections, cette description avait pour but, en s'efforçant d'être méthodique, de fixer l'intérêt des faits dispersés dans la science, d'en retirer un enseignement d'ensemble, où la clinique puisse trouver des armes contre les surprises à venir. C'est à ce résultat pratique que nous allons nous attacher en manière de conclusion.

On a dit que les fausses tumeurs de l'abdomen avaient pour caractères constants d'être indolentes, sonores, mobiles, variables dans leur forme et dans leur volume. Ce sont les conclusions de Da Costa. Mais Potain leur oppose fort justement que la matité, la dureté, la fixité ont plus d'une fois aidé à l'erreur diagnostique. L'action de l'éther et du chloroforme, l'état de santé général, plus ou moins compatible avec l'existence d'un néoplasme, la mentalité du patient, l'absence des organes à leur point habituel, ou leur hypertrophie sur place... sont des signes d'une valeur incontestable, mais ne peuvent s'appliquer à la totalité des faits.

Pour nous c'est ici plus que jamais l'heure d'établir une séparation nette entre les tumeurs *fantômes* et les fausses tumeurs proprement dites.

Qu'il s'agisse de grossesse fantôme ou de tumeur fantôme, nous avons insisté, au cours de notre description clinique, sur la dominante nerveuse que l'on retrouve dans tous les cas, réalisant l'unité de leur ensemble. Hystérie, aliénation mentale, état nerveux moins bien défini, mais non moins manifeste, voilà ce qui, dès le premier abord, doit frapper l'attention. Il y a dans l'aspect extérieur du malade, dans le détail de ses paroles et de son attitude, mille indices capables de trahir la nature du mal et de mettre le praticien sur la voie de la vérité. Rien n'est plus simple par la suite que de relever les stigmates de l'état nerveux soupçonné et de transformer en quasi-certitude la présomption première de tumeur fantôme. En général, on pourra faire intervenir ce fait que l'état général est demeuré satisfaisant et qu'il y a une opposition frappante entre la santé de l'individu et l'idée de néoplasme, entre le jeu de ses fonctions et les signes subjectifs qu'il accuse. Donnez alors le chloroforme : la prétendue tumeur s'effacera avec son cortège d'emprunt ; vous aurez du même coup tout loisir d'explorer le malade et d'écarter l'hypothèse de tumeur. S'ils'agit d'une fausse grossesse, tous les signes de certitude feront défaut : vous constaterez la vacuité parfaite de l'utérus. S'il est question de contracture ou de parésie hystérique avec ou sans lipomatose, les saillies musculaires disparaîtront, l'abdomen redeviendra souple ; il vous sera loisible d'apprécier l'épaisseur de sa paroi et de sentir au travers d'elle des organes parfaitement sains et normaux. La suggestion à l'état de veille ou de sommeil pourra conduire au même résultat, surtout si les phénomènes

hystériques sont conscients et se rattachent à une idée fixe (fausse grossesse, tumeur imaginaire).

En résumé, le diagnostic des tumeurs fantômes comprend deux principales étapes. C'est le terrain nerveux qui se révèle d'abord au cours de l'examen. On est conduit, pour ainsi dire du premier coup, à l'élément positif, étiologique du diagnostic. Ensuite, mais seulement ensuite, on constate l'absence d'une tumeur réelle, et ce travail d'élimination, véritable contre-épreuve clinique, constitue la partie négative du diagnostic.

De sorte que si l'hystérie et l'aliénation mentale sont les facteurs nosologiques les plus habiles dans le grand art de simuler, elles portent en elles des stigmates révélateurs suffisamment identiques à eux-mêmes dans tous les cas pour mettre en garde contre l'erreur.

Il en va tout autrement des fausses tumeurs proprement dites. Ici point d'unité dans la genèse des phénomènes, point de base constante pour l'édification de la vérité. On se trouve en présence de signes très objectifs, d'un état général souvent grave. Rien ne prévient la méfiance et, pour éviter la surprise, il faut y songer par principe.

Lors donc qu'une tumeur de l'abdomen ne s'imposera pas par un tableau complet de preuves éclatantes, et le cas n'est pas rare, on devra se garder d'affirmer un diagnostic prématuré. Le praticien ne doit pas craindre de s'entourer de précautions ; informé des erreurs des maîtres les plus justement réputés, il fera sagement en s'autorisant de leurs noms pour agir avec la plus grande prudence. S'inspirant de la pathogénie des exemples connus, il se livrera avec soin au travail d'élimination, seul capable de donner à son diagnostic définitif toutes les garanties cliniques de la certitude.

Les fausses tumeurs de la paroi font rarement indica

tion chirurgicale. Très faciles à déceler dans les cas de lipomatose rapide, très délicates au contraire dans les états particuliers des muscles, elles ne seront jamais prétexte à intervention grave. Assez souvent, le chloroforme permettra d'établir la diagnose.

C'est à propos des fausses tumeurs viscérales qu'on trouve les erreurs les plus fréquentes et les plus considérables. Or, leur pathogénie se ramène en général aux trois mécanismes suivants :

Déplacement des organes ;

Hypertrophie ;

Distension par des solides, des liquides ou des gaz.

Tous phénomènes qu'il faudra écarter.

Les organes sont-ils à leur place ? on est en droit d'éliminer, suivant le siège de la tumeur, les faits de foie partiellement disloqué par le corset, rate et rein flottants, ovaire anormalement pédiculé, etc...

Explorons leur volume : s'il se trouve normal, nous affirmons qu'il ne peut être question de foie, rate, utérus, rein, plus ou moins hypertrophiés.

Reste à évacuer tous les réservoirs naturels, à sonder la lumière des canaux excréteurs.

La purgation, l'entéroclyse, auront raison des cas de coprostase.

Pratiquez le cathétérisme de l'urètre, et la fausse tumeur vésicale s'écoulera par la sonde.

Le cathétérisme de l'uretère suivant la technique de Pawlik, de Vienne, établira d'une façon certaine le diagnostic non seulement entre l'hydronéphrose et les autres tumeurs de l'abdomen, mais encore entre cette affection et les kystes du rein (1).

(1) Tillaux. *Loc. cit.*, p. 148.

C'est encore au cathétérisme qu'il faudra s'adresser pour les faits de distension de l'estomac ou de l'intestin.

Le praticien pourra donc et devra s'appliquer à ces recherches préliminaires. Nous ne prétendons pas qu'elles suffisent toujours à le garder des surprises de la clinique. Rappelons que Bécclère s'est trompé, en dépit de l'exploration la plus méthodique et la plus patiente. L'erreur est permise, elle peut être honorable ; mais à la condition expresse d'échapper aux moyens de l'investigation humaine.

« Je m'élève, dit Tillaux (1), contre cette facilité trop » grande qu'apportent certains chirurgiens à négliger les » diagnostics différentiels obscurs, disant : « Nous ver- » rons bien quand le ventre sera ouvert. » Ne prenons ce » parti qu'après avoir étudié très minutieusement le » malade et tenu compte de tous les éléments de dia- » gnostic. La science doit marcher de pair avec l'art. »

(1) Tillaux, *Ibidem*. P. 138.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 4 novembre 1899.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 4 novembre 1899.
Le Doyen :
VIALLETON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- A. BÉCLÈRE. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux, 25 mai et 1^{er} juin 1899.
- M. BERTRAND. — Contribution à l'étude de quelques fausses tumeurs de l'abdomen. — Thèse de Paris, 1896.
- J. BRAULT ET J. ROUGET. — Les fausses tumeurs de l'abdomen. — Presse Médicale du 18 décembre 1897.
- COQUENGNIOT. — Des maladies qui peuvent simuler la grossesse. Thèse de Paris, 1838.
- DA COSTA. — Cliniques, 1870-1871.
- DELSOL. — Des fausses grossesses. Thèse Paris, 1860.
- DÉRYMON. — Des maladies qui peuvent simuler la grossesse. — Thèse de Paris, 1838.
- ESQUIROL. — Maladies mentales. Tome I, p. 150.
- JOULIN. — Traité complet d'accouchements (1867), pages 440 et suivantes.
- KHEIFETZ. — Des fausses grossesses et des fausses tumeurs hystériques. — Thèse de Paris, 1898.
- MAYGRIER. — Diagnostic de la grossesse. — Presse Médicale, 2 août 1899.
- MUNARET. — Le Médecin des villes et des campagnes. 3^{me} édition, p. 458.
- POTAIN. — Les fausses tumeurs de l'abdomen. — Semaine Médicale, 1896, p. 209.
- TAUCHON. — Fait clinique. — Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie, 8 mai 1898.

THIRIAR. — Entretiens de chirurgie à l'hôpital Saint-Jean, p. 112 et suivantes.

TILLAX. — Traité de chirurgie clinique. Tome II, pages 89-131 et suivantes 138-148-175 et suivantes.

VILLEBRUN. — Des fausses grossesses. — Thèse de Paris, 1865.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
